TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

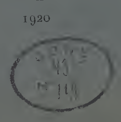
Dr FÉLIX PAPIN

Ancien Interne (*Médaille d'Or*) des Hôpitaux de Bordeaux
Médecin résidant à l'Hôpital St-André (Bordeaux)



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1920



TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] FÉLIX PAPIN

Ancien Interne (*Médaille d'Or*) des Hôpitaux de Bordeaux
Médecin résidant à l'Hôpital St-André (Bordeaux)



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1920



TITRES UNIVERSITAIRES

et Fonctions remplies à la Faculté de Médecine

(BORDEAUX)

Lauréat de la Faculté de Médecine (*1er Prix 1907, 1er Prix 1909*).

Moniteur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine, 1913.
(*Service de M. le Professeur F Villar*).

Thèse de Doctorat, 1914. Couronnée par la Faculté).

TITRES HOSPITALIERS

et Fonctions remplies dans les Hôpitaux

(BORDEAUX)

Interne des Hôpitaux, 1908.

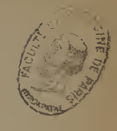
Lauréat des Hôpitaux. (*Médaille d'Argent 1912, prix Levieux 1913*).

Médaille d'Or de l'Internat (*Concours des prix de l'Internat*) 1913.

Médecin résidant (chargé de la Chirurgie d'urgence) à l'Hôpital St-André, Bordeaux. (*Concours de 1919*).

Concours de Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux, Décembre 1919 :
Admissible,
Second au classement définitif.

TITRES MILITAIRES



I. — État des Services pendant la guerre

Mobilisé du 3 août 1914 à juillet 1919.

Médecin Auxiliaire de bataillon au 308e Régiment d'Infanterie, au front ; fait prisonnier le 27 août 1914, revenu à l'intérieur le 1er octobre 1914.

Médecin Aide Major de 2e classe à l'hôpital mixte de Limoges, et au Centre de chirurgie de la 12e région, Assistant du chirurgien chef de secteur (1er octobre 1914 au 30 décembre 1915).

Médecin Aide-major de 2e classe aux Armées, au 21e Régiment d'Artillerie de campagne, au front, de janvier 1916 à mars 1917. (*Deux citations, Verdun 1916*).

Médecin Aide-major de 1re classe aux Armées, au 252e Régiment d'Artillerie de campagne, au front (du 1er mars 1917 au 30 juin 1917).

Médecin Aide major de 1re classe aux Armées, *Chef d'équipe chirurgicale* A. 280 (du 1er juillet 1917 au 15 janvier 1919) :
Ambulances 10/17, 8/14, 9/4 ;
Auto-chir. 32 ;
Ambulance chirurgicale Saint-Paul.

Médecin Aide major de 1re classe, *Chef de service de chirurgie* à l'hôpital militaire de Royallieu (Compiègne) du 15 janvier 1919 à juillet 1919.

II. — Décorations et Citations

Croix de guerre.

Deux citations :

Citation à l'ordre de l'Artillerie Divisionnaire de la 128e Division d'Infanterie, ordre du 12 août 1916 :

« *Médecin d'un dévouement éprouvé. Dans la nuit du 10 au 11* « *juillet 1916 s'est employé courageusement sous un bombardement* « *violent à dégager un officier grièvement blessé enseveli sous les* « *débris de son poste de commandement* ».

Citation à l'ordre de l'Artillerie Divisionnaire de la 128e Division d'Infanterie, ordre du 29 janvier 1917 :

« *Médecin d'un très grand dévouement et d'une très haute valeur* « *morale. Les 8, 9, 10 et 13 décembre 1916 a prodigué ses soins aux* « *blessés sur les positions de batterie sous un feu violent* ».

TRAVAUX ET PUBLICATIONS

1. — *Tuberculose du sac herniaire.* (*Société d'Anatomie de Bordeaux, 7 Juin 1909*).

2. — *Kystes dermoïdes de la queue du sourcil.* (*Société d'Anatomie de Bordeaux, 5 Juillet 1909*).

3. — *Récidives de kystes du cordon.* (*Société d'Anatomie de Bordeaux, 12 juillet 1909*).

4. — *Kyste hydatique du foie, abcès du poumon, péricardite suppurée.* (*Société d'Anatomie de Bordeaux, 4 Décembre 1911*).

5. — *Rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire chez un tuberculeux.* (*Société d'Anatomie de Bordeaux, 29 Janvier 1912*).

6. — *Dextrocardie par pleurésie droite* (avec M. Bitot). (*Société d'Anatomie de Bordeaux, 22 Juillet 1912*).

7. — *Névralgie faciale et acromégalie, symptomatiques d'une tumeur de l'hypophyse* (avec MM. Bitot et Spéder). (*Société d'Anatomie de Bordeaux*, 22 Juillet 1912).

8. — *Les hématémèses par artério-sclérose gastrique* (avec M. E. Bitot). (*Gazette hebdomadaire des Sc. Méd. de Bordeaux*, 21 Juillet 1912).

9. — *Deux cas de tumeurs des centres nerveux* (avec M. E. Bitot). (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 4 août 1912).

10. — Cancer de l'œsophage avec cancer secondaire du péricarde et du cœur. (*Société d'Anatomie de Bordeaux*, 2 Décembre 1912).

11. — Les indications chirurgicales de l'ictère (*Mémoire pour le Concours des Prix de l'Internat, Médaille d'Or*). Médaille d'Or, 1913.

12. — Les indications de l'intervention chirurgicale dans l'ictère. (*Thèse de Bordeaux*, 1914).

13. — Kyste du canal thyréo-glosse (avec M. le Professeur F. Villar). (*Société Anatomo-clinique de Bordeaux*, 29 Juin 1914).

14. — Kyste dentifère du maxillaire inférieur (avec M. le Professeur F. Villar). (*Société Anatomo-clinique de Bordeaux*, 29 Juin 1914).

15. — Deux cas de torsion du cordon spermatique. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 Octobre 1919.

16. — Un type rare de lésion du carpe : luxation du grand os en arrière du semi-lunaire et du scaphoïde, ce dernier attenant en totalité au radius. (*Gazette des Hôpitaux*, ~~13-15~~ Avril 1920).
17

I

11. — **Les indications chirurgicales de l'ictère**. (*Mémoire de concours de Médaille d'Or, 1913*).

12. — **Les indications de l'intervention chirurgicale dans l'ictère.** (*Thèse Bordeaux, 1914*).

Dans ces deux travaux, nous nous sommes placés au seul point de vue clinique, tel qu'il se présente au lit du malade : en face d'un ictère, qui dure en général depuis un certain temps, on se demande s'il s'agit d'un cas justiciable de la chirurgie, et si oui à quel moment. La question ainsi envisagée ne se confond pas avec ce qu'on trouve étudié dans les traités de pathologie sous le titre des indications opératoires dans la lithiase biliaire, le cancer, etc... ; en clinique, en effet, ce qui se présente à l'observation c'est non pas une lithiase biliaire, un cancer, une pancréatite chronique, ou une autre affection aussi bien déterminée ; ce qui se présente, c'est un ictère, sans qu'on puisse bien souvent en déterminer la cause. D'où la nécessité, si l'on veut rester au point de vue clinique, d'étudier non pas « l'indication de l'intervention chirurgicale au cours de la lithiase, au

cours de la pancréatite, etc... », mais « au cours de l'ictère », sans plus préciser, puisque c'est ainsi que se présentent les malades.

Une autre nécessité découle de celle-ci ; c'est d'étudier à ce point de vue *tous* les ictères, quels qu'ils soient, choluriques ou acholuriques, par rétention ou par hémolyse, puisque c'est ce symptôme « jaunisse » qui constitue dans tous ces cas le fait clinique primordial.

Pour arriver à ce but, l'on conçoit très bien que la première chose à faire, c'est de rapprocher les uns des autres ceux des ictères qui présentent les mêmes caractères, soit cliniques, soit étiologiques, soit pathogéniques, et de former ainsi un certain nombre de groupes naturels d'ictères. Une fois cette répartition faite, l'indication opératoire risquera fort d'être à peu près la même pour ceux des ictères que leurs caractères rapprocheront en un même groupe, de même qu'elle diffèrera probablement d'un groupe à l'autre. Ainsi se trouvent constituées deux phases, deux temps successifs par lesquels doit passer l'esprit :

1° En face d'un ictère donné, le classer d'après les caractères du sang, des urines, des fèces, dans un des groupes naturels d'ictère ;

2° Une fois classé dans un groupe, lui appliquer l'indication opératoire qui peut convenir à peu près la même à tous les ictères du groupe.

Ce sont ces deux étapes qui constituent les deux parties de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

CLASSIFICATION

La plus tentante serait une classification pathogénique. De telles classifications ne manquent pas ; mais nos connaissances sur l'origine des pigments, leur résorption, le mécanisme de l'ictère laissent encore place à beaucoup d'inconnues qui font qu'une telle classification ne représente guère qu'un moment passager de la science. Aussi, après avoir passé en revue les diverses théories, devons-nous écarter toute prétention à une classification pathogéniquè définitive. Aussi bien, ce qu'il nous faut, c'est uniquement un cadre qui permette de classer les différents ictères connus, et qui, s'appuyant sur les faits, puisse s'adapter si on le veut, à l'une ou à l'autre des classifications pathogéniques.

Or, ce qui peut être considéré comme acquis, ce sont les propositions suivantes :

1° Un certain nombre d'ictères sont liés à une lésion du sang, secondaire ou primitive, caractérisée par une hémolyse exagérée. Ce sont les ictères hémolytiques. Leur pathogénie et leurs caractères, tant cliniques qu'hématologiques, en font un groupe nettement à part.

2° Les autres ictères sont d'origine hépato-biliaire. Nous ne chercherons pas à les diviser *suivant leur pathogénie*, suivant leur mécanisme possible, mais uniquement *d'après*

leur étiologie ; et à ce point de vue, nous devons reconnaître qu'on les rencontre :

a) soit au cours d'affections des voies biliaires extra-hépatiques ;

b) soit au cours d'affections du foie, d'affections intra-hépatiques ;

c) enfin, nous mettons ensemble à part (et nous en donnons les raisons plus loin) ceux de ces ictères qui, dépendant soit des voies biliaires, soit du foie, s'accompagnent du syndrome d'infection hépato-biliaire et se présentent sous forme d'ictères infectieux.

Notre classification devient donc la suivante :

I. — ICTÈRES HÉMOLYTIQUES.

II. — ICTÈRES HÉPATO-BILIAIRES.

a) liés à une affection des *voies biliaires extra hépatiques*	sans syndrome d'infection hépato biliaire (ictères chroniques)
b) liés à une affection du *foie*	
c) ictères hépato-biliaires *infectieux* . . .	avec syndrome d'infection hépato-biliaire (ictères aigus)

Cette classification n'a aucune prétention pathogénique ; elle nous semble uniquement le cadre le plus commode pour classer les faits. Elle a l'avantage de grouper ensemble un certain nombre d'ictères qui peuvent relever de mécanismes différents mais qui ont une très proche parenté clinique. Elle peut surtout servir facilement de base à la discussion des indications thérapeutiques. Au cours d'une cirrhose par exemple, on peut observer des ictères de méca-

nismes très variés : ictère par rétention intra-hépatique, ictère cholurique avec coloration des matières, ictère cholurique ; de cholurique un jour l'ictère devient acholurique le lendemain. Or, ce qui nous importe au point de vue des indications thérapeutiques, c'est que, dans tous ces cas, l'ictère est lié à une cirrhose, et c'est ce facteur étiologique que nous devons avoir en vue, bien plus que la modalité clinique de l'ictère pour poser ou non l'indication opératoire. Aussi, la répartition des ictères suivant leur étiologie : Affection des voies biliaires extra-hépatiques, — affection du foie, — affection du sang (hémolytiques) — nous paraît-elle la plus commode pour le but que nous nous proposons.



Cette classification ainsi fixée dans ses grandes lignes, il faut indiquer les caractères cliniques qui distinguent chacun des groupes d'ictères ainsi formés. On pourra de la sorte — ce qui constitue la première partie de notre travail — en face d'un ictère donné, le classer, grâce à sa symptomatologie dans une des catégories indiquées.

I. — ICTÈRES HÉPATO-BILIAIRES

1° Ictères par affections des voies biliaires extra-hépatiques. — C'est l'ictère par rétention dont les caractères cliniques primordiaux sont :

a) d'être cholurique ;

b) de s'accompagner de décoloration des matières.

Tout ictère présentant ce type clinique doit être considéré comme dû à une affection des voies biliaires extra-hépatiques, sauf une circonstance qui constitue le seul

diagnostic différentiel à faire : l'ictère par rétention intra-hépatique, épiphénomène au cours d'une affection du foie ; ou l'ictère catarrhal qui se juge par la dissociation des rétentions et son évolution.

2° *Ictères par affection du foie.* — Ces ictères, liés à une affection intra-hépatique, ont les caractères suivants :

I. — Au point de vue de leur forme, ils sont :

a) ou bien acholuriques ;

b) ou bien choluriques, mais avec coloration des matières. Dans ces deux cas ils se différencient nettement du groupe précédent.

c) ou bien choluriques avec décoloration des matières, seul cas de diagnostic délicat.

II. — Mais surtout, ils surviennent le plus souvent au cours d'une maladie du foie bien caractérisée ; le foie est gros ; ils ne sont souvent qu'un épiphénomène au cours d'une maladie du foie déjà diagnostiquée (cirrhose, cancer, etc., etc.)

L'utilité de faire ainsi deux groupes d'ictères, de réunir tous ceux dépendant d'une maladie du foie pour les opposer à ceux qui dépendent des voies biliaires extra-hépatiques, se fera surtout sentir plus tard au point de vue des indications thérapeutiques.

3° *Ictères infectieux hépato-biliaires.* — Dans ce groupe, nous rangeons tous les ictères qui se présentent en clinique avec le syndrome infectieux hépato-biliaire.

Nous les mettons ainsi à part pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, ce serait arbitrairement qu'on les ferait entrer dans l'une ou l'autre des deux catégories ci-dessus

étudiées d'affection extra-hépatiques ou intra-hépatiques. Tandis qu'autrefois, en effet, ils étaient considérés comme des affections de grosses voies biliaires et décrits sous le nom d'*angiocholites infectieuses*, ces mêmes ictères sont rapportés depuis la thèse d'Abrami à une infection descendante et mériteraient alors le nom d'*hépatites infectieuses*. Il est à remarquer, du reste, qu'en fait ils peuvent survenir par l'un ou par l'autre de ces mécanismes.

Du reste, quand ils surviennent en clinique, il est difficile de dire à laquelle de ces deux pathogénies ils répondent. Les classer dans l'une ou l'autre des catégories précédentes serait donc arbitraire. Leurs symptômes les mettent tout à fait à part ; ce qui les caractérise, c'est l'adjonction au syndrome ictère du syndrome d'infection hépato-biliaire (fièvre, etc.,etc.) ; c'est là ce qui nous les fait réunir dans un même groupe, c'est ce qui fait leur unité clinique.

C'est également ce qui fait leur unité thérapeutique ; car, dans les deux premières catégories, dans les ictères par affections des voies biliaires extra-hépatiques, comme dans les ictères par affections du foie, on prévoit que c'est la notion de cause qui guidera l'intervention chirurgicale ; que, dans ces cas, poser l'indication opératoire ce sera résoudre une question de diagnostic ; dans ces ictères infectieux, au contraire, l'indication thérapeutique se basera plutôt sur l'évolution des symptômes généraux d'infection, et si on intervient ce sera parce qu'ils marchent vers l'aggravation ; pour ce groupe-là, poser l'indication opératoire, ce sera résoudre une question de pronostic.

II. — ICTÈRES HÉMOLYTIQUES.

Ces ictères s'opposent aux ictères hépato-biliaires.

La clinique permet de les sonpçonner : ictères qui sont peu foncés, et toujours acholuriques, sans réaction de Gmelin dans les urines. L'anémie du sujet est toujours marquée, la splénomégalie constante.

L'hématologie affirme le diagnostic en montrant : *a*) diminution du nombre des hématies ; *b*) présence d'hématies granuleuses ; *c*) existence soit de fragilité globulaire soit d'hémolysines dans le sérum.

Ces ictères forment ainsi un groupe particulier dont il faudra étndier séparément les indications thérapeutiques.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE DES INDICATIONS CHIRURGICALES POUR CHAQUE GROUPE D'ICTÈRES

I. — ICTÈRES PAR AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES EXTRA-HÉPATIQUES.

Ce sont les ictères dits en clinique ictères par rétention : cholurie, décoloration des matières.

Pour faire l'étude des indications opératoires qu'ils peuvent fournir, il fant se placer successivement à denx points de vue :

1° Supposer que l'on puisse tonjonrs déceler la cause de la rétention biliaire, et voir par conséqnent qnelle serait la

conduite à tenir vis à vis de chacun des obstacles possibles, en admettant que ce diagnostic étiologique soit fait (A).

2° Voir ensuite quelle est la conduite que l'on doit adopter en pratique, étant donné que ce diagnostic de la cause est à peu près toujours impossible (B).

A. — Parmi les nombreuses causes de l'ictère par affections des voies biliaires extra-hépatiques, les unes sont de toute évidence justiciables uniquement de la chirurgie : tels les anévrismes de l'artère hépatique, les kystes hydatiques extériorisés comprimant les canaux biliaires, les brides péritonéales, les rétrécissements. Nous ne nous y arrêterons donc pas ; ce sont du reste les plus rares. D'autres, qui sont les plus fréquentes, sont aussi précisément celles qui prêtent le plus à la discussion. C'est d'elles que nous nous occupons.

Obstruction calculeuse. — Il s'agit ici uniquement de la lithiase dite, à tort peut-être, aseptique du cholédoque ; en tout cas, de la lithiase du cholédoque sans phénomènes infectieux à grand fracas, ce qui ferait rentrer l'ictère dans les ictères infectieux que nous étudions plus loin. Rien n'a été plus discuté autrefois que l'intervention en pareil cas.

Plusieurs points semblent bien établis, et peuvent servir de base. Tout d'abord il est d'expérience qu'en pareil cas l'ictère présente des variations fréquentes d'intensité allant même jusqu'à disparition suivie bientôt de réapparition ; or, tandis que l'intermittence de l'ictère pourrait faire croire qu'il s'agit du passage successif de plusieurs calculs, l'expérience opératoire montre au contraire que dans tous ces

cas il y a un gros calcul qui reste à demeure, les variations de l'ictère étant dues aux poussées inflammatoires.

Cette base anatomique étant acquise, deux choses semblent également certaines : *a*) d'une part, l'expulsion du calcul, même gros et même à longue échéance, est très possible, et s'est réalisée assez souvent, soit spontanément soit par un traitement médical approprié ; *b*) d'autre part, l'ictère par rétention tant soit peu prolongé a un retentissement défavorable sur le foie dont l'altération précoce et progressive influence très fâcheusement le pronostic.

C'est pour tenir compte de ces deux points de vue opposés que nombre de formules ont été proposées. — Nous passons alors en revue les principales : Quénu, 1895 ; Chauffard et Dieulafoy, 1899 ; Mongour, 1902 ; Linossier, 1906 ; Kehr ; Quénu, 1908 ; Mongour, 1910 ; Castaigne, 1912. Leur exposé montre que pour poser l'indication opératoire on a fait appel en somme à deux éléments d'appréciation :

1° D'abord la *durée de l'ictère*. Mais ce n'est pas par des chiffres que peut être jugée pareille question, et il est impossible d'assigner un délai uniforme au bout duquel un ictère par rétention devient chirurgical. Mieux vaut chercher s'il n'existe pas un ou des symptômes dont l'apparition marquera le moment de l'action.

2° C'est la désignation de ces *symptômes d'alarme* qui a inspiré la plupart des formules des auteurs. Après les avoir indiqués, nous concluons : « il est impossible de ne pas reconnaître que de tels symptômes, qu'on voudrait considérer comme prémonitoires de l'atteinte du foie, sont en réalité fonction d'une insuffisance hépatique déjà réalisée ». Donc, si un jour on devait être en possession d'un moyen permet-

tant de prévoir une altération hépatique non encore commencée, l'opération serait subordonnée à l'apparition de ce signe ; en attendant, dans l'ignorance où nous sommes d'un tel symptôme, mieux vaut intervenir systématiquement lorsque le diagnostic est fait.

Cancer du pancréas, et cancer des voies biliaires. — L'étude des opérations pratiquées et des résultats obtenus montre que ces deux causes restent le point noir de la chirurgie de l'ictère par rétention.

Pancréatite chronique. — Ici au contraire, les statistiques de Villar (Congrès de chirurgie 1905), de Quénu et Duval (Revue de chirurgie 1905) de Mayo Robson (Congrès de Budapesth, 1909) montrent que l'intervention chirurgicale peut avoir les meilleurs résultats.

En somme, l'étude successive des différentes affections des voies biliaires extra-hépatiques entraînant l'ictère par rétention nous a montré que, presque toujours, chacune d'elles exigeait l'action chirurgicale. Seuls, certains cas peut-être de calculs à leur début, et les cas de cancers font exception. Mais n'oublions pas que nous avons raisonné jusqu'ici comme si l'affection causale que nous étudions était toujours possible à connaître en face d'un ictère par rétention. En nous plaçant maintenant dans les conditions de la pratique, nous allons voir que ce diagnostic de l'affection causale n'est presque jamais possible, et que l'indication de l'intervention chirurgicale se trouve de ce fait singulièrement élargie.

B. — La clinique semble bien montrer en effet qu'il est la plupart du temps illusoire de chercher, en face d'un ictère

par rétention, à distinguer les différentes causes qui peuvent le produire, et que, par conséquent, presque jamais on ne pourra leur appliquer l'indication opératoire qui conviendrait à chacune d'elles, comme nous venons de le voir précédemment.

Le tableau clinique, en effet, n'est jamais aussi schématique qu'on le dit. Discutant alors la valeur des principaux symptômes, en particulier 1° de la douleur, 2° du volume de la vésicule (qui mérite d'être longuement discuté, thèse de Mocquot), 3° de l'examen coprologique, 4° de l'évolution et de l'état général, nous parvenons à la quasi-impossibilité de diagnostiquer la nature exacte de l'affection des voies biliaires extra-hépatiques qui produit l'ictère par rétention. Et nous concluons qu'en présence d'un ictère par rétention, se présentant cliniquement tel que nous l'avons défini au début, l'intervention chirurgicale s'impose toujours, quitte à rester exploratrice.

II. — ICTÈRES PAR AFFECTIONS DU FOIE.

C'est le groupe des ictères liés à une affection du foie, s'opposant au groupe précédent : ictères liés à une affection des voies biliaires extra-hépatiques.

Ils peuvent être : *a*) acholuriques ; *b)* choluriques avec coloration des matières ; *c*) parfois choluriques avec décoloration des matières. Mais surtout ils apparaissent comme épiphénomènes au cours d'affections du foie caractérisées par ailleurs. Ce qui fait leur unité, c'est cette notion étiologique : affection du foie ; et c'est elle qui, bien plus que la modalité clinique de l'ictère, domine l'indication thérapeutique.

Or, de même que dans les ictères dépendant des voies biliaires extra-hépatiques nous sommes arrivés à une conclusion qui s'appliquait à tout le groupe : « ictères par affections des voies biliaires extra-hépatiques : toujours intervenir » ; de même ici, pour les ictères dépendant d'une affection du foie, nous arrivons à une formule qui s'étend également à tout le groupe : « ictères par affections intra-hépatiques : ce sont des ictères à ne pas opérer ; deux circonstances seules font exception : l'abcès du foie et le kyste hydatique. »

Dans le cancer du foie en effet, malgré certaines recherches expérimentales (Luis, Konsnetsof et Penski, Terrier et Auvray), il ne saurait être question de chirurgie. Dans les cirrhoses biliaires, les seules où on pourrait peut-être intervenir dans quelques cas par le drainage de l'hépatique, la question est loin d'être au point (Congrès de Bruxelles, 1908). En somme, il ne reste de chirurgicaux que l'abcès du foie et le kyste hydatique. L'ictère n'étant qu'un accessoire au cours de l'abcès du foie où ce sont d'autres symptômes qui fournissent l'indication chirurgicale, c'est le kyste hydatique qui donne lieu à l'ictère le plus intéressant au point de vue intervention.

Nous étudions alors l'ictère au cours du kyste hydatique : ictère par compression simple, ou surtout ictère par angiocholite, et les problèmes diagnostiques auxquels il donne lieu.

III. — ICTÈRES INFECTIEUX HÉPATO-BILIAIRES

Dans cette catégorie, nous rangeons *tous* les ictères qui, quel que soit leur mécanisme exact, donnent lieu au *syndrome*

d'infection hépato-biliaire : fièvre intermittente, rémittente ou continue ; foie un peu gros et douloureux ; état général toujours atteint ; en un mot qui revêtent l'allure et les symptômes d'une infection. Ce sont à la fois les angiocho. lites infectieuses et les hépatites infectieuses ; la lésion peut être extra ou intra-hépatique ; les deux se rencontrent, et c'est pourquoi nous ne les mettons ni dans les ictères par affection des voies biliaires, ni dans les ictères par affection du foie. Cholurie ou acholurie, coloration ou décoloration des matières importent peu ici ; c'est le syndrome d'infection hépato-biliaire qui est la condition nécessaire et suffisante pour qu'un ictère entre dans cette catégorie.

L'on prévoit que l'indication chirurgicale va être différente de ce que nous avons vu dans les catégories précédentes. Dans celles-ci en effet, c'était en somme l'étiologie : affection extra-hépatique ou intra-hépatique qui servait de guide ; poser l'indication opérative c'était résoudre une question de diagnostic. Ici, au contraire, si on intervient chirurgicalement c'est parce que l'infection, au lieu de céder aux moyens médicaux, continue ses progrès, et semble en particulier devoir aboutir à la suppuration ; poser l'indication opératoire, ce sera résoudre une question de pronostic.

L'intervention dont il s'agit, c'est le drainage de la bile infectée : nous n'avons pas à nous occuper de technique opératoire ; ce ne sont que procédés différents pour réaliser la même indication.

L'étude de plusieurs observations (personnelle et autres) que nous citons en détail, montre combien il est difficile de poser l'indication opératoire dans ces faits d'ictères infectieux.

On peut chercher, pour le faire, à se baser sur trois éléments : la pathogénie, l'étiologie, les symptômes.

A) La pathogénie. — La pathogénie semblerait *a priori* devoir fournir un criterium très séduisant : si l'infection est descendante, dépend d'une hépatite au cours d'une septicémie, on est en droit de penser que l'intervention chirurgicale ne donnera rien. Si, au contraire, l'ictère toxi-infectieux est sous la dépendance d'une lésion locale primitive des voies biliaires, s'il est en un mot dû à une angiocholite ascendante, l'opération a plus de chances de rendre des services.

Malheureusement cette pathogénie est souvent difficile à éclaircir. Nous n'en voulons pour preuve que l'évolution qui s'est produite dans l'interprétation de ces ictères infectieux : considérés autrefois uniquement comme des angiocholites ascendantes, il sont de plus en plus rattachés à une hépatite par infection descendante au cours d'une septicémie. Et les difficultés sont les mêmes quand il s'agit d'interpréter en un sens ou dans l'autre non plus l'ensemble des faits, mais un cas particulier en face duquel on se trouve placé en clinique. Comment juger alors si l'infection est ascendante ou descendante avec une certitude suffisante pour en faire la base de l'indication opératoire ? La pathogénie ne semble donc pas pouvoir fournir un élément d'appréciation assez sûr pour qu'on puisse baser sur elle l'indication chirurgicale.

B) L'étiologie. — L'examen des observations permet-il de considérer l'étiologie comme un guide absolument sûr ? Nous ne le pensons pas. Tout ce que l'étude des observa-

tions permet d'en tirer, ce sont quelques probabilités dans un sens ou dans l'autre, qui néanmoins ont bien leur valeur.

1) C'est ainsi que, si l'histoire des malades permet de retrouver, même à une époque ancienne, des antécédents de lithiase, on devra être beaucoup plus facilement porté à intervenir, l'infection ayant toutes chances alors de s'accompagner de complications locales.

2) Il en sera de même si l'ictère infectieux en question reconnaît une origine typhoïdique. Dans ce cas, en effet, l'angiocholite se complique presque toujours de cholécystite et dans ces infections post-typhiques la perforation de la vésicule et la suppuration se rencontrent dans une proportion plus grande que dans les autres infections, puisque par exemple sur 20 cholécystites typhiques étudiées par Quénu (*Revue de chirurgie*, 1911) il y en avait 6 perforantes et 7 perforées sans suppuration. En somme la notion de l'origine typhoïdique doit rendre plus prompt à saisir le bistouri en face d'un ictère infectieux.

3) Enfin une place à part doit être réservée aux infections hépato-biliaires pendant la grossesse. Ici l'intervention précoce est préférable, aussi bien dans l'intérêt de la mère que dans celui du fœtus. (Voir les travaux de Le Masson, de Quénu et Duval, etc.).

En somme, les notions étiologiques de *lithiase*, de *typhoïde*, de *grossesse* militent en faveur de l'opération dans un ictère infectieux ; mais elles ne fournissent qu'un élément d'appréciation basé sur des probabilités, des pourcentages ; elles ne commandent pas d'une façon ferme l'intervention chirur-

gicale ; l'indication de celle-ci doit être cherchée dans l'étude des symptômes et de leur évolution.

C) Les symptômes. — Résoudre la question, comme le font quelques-uns en disant que dans l'ictère infectieux bénin il n'y a pas à intervenir, et que la question ne se pose que dans l'ictère infectieux grave c'est faire une pétition de principes, car, suivant la juste remarque de Quénu, on ne peut qualifier un ictère de bénin que lorsqu'il a disparu. Ce qu'il faut, c'est chercher à l'aide des observations publiées, quels sont, parmi les symptômes constatés au cours des ictères infectieux, ceux dont la présence a signalé la suppuration des voies biliaires ou en général l'aggravation de la maladie d'une façon assez constante pour qu'on puisse baser sur eux l'indication d'opérer. En le faisant d'après notre observation personnelle, d'après les faits rapportés par Quénu et Joltrain à la *Soc. Méd. des Hôpitaux,* en 1909, etc..., nous arrivons à conclure que les signes auxquels il faut attacher le plus de valeur, et qu'on peut considérer comme fournissant l'indication chirurgicale au cours d'un ictère infectieux, sont :

1° parmi les signes locaux, ceux indiquant une cholécystite, suppurée ;

2° parmi les signes généraux, la fièvre peut être un guide infidèle ; c'est la *leucocytose,* surtout progessive, qui fournit l'indication opératoire, à condition toutefois que l'examen du sang ne montre pas une rétention d'urée exagérée traduisant l'atteinte grave du rein en plus de celle du foie.

En somme, nous concluons : « Le fait pour un ictère de « s'accompagner de symptômes d'infection hépato-biliaire

« doit le faire mettre dans la classe à part des ictères infec-
« tieux, sans avoir à tenir compte de son mécanisme, la
« plupart du temps, du reste. impossible à élucider.

« Pour de tels ictères, l'indication opératoire sera une
« question de pronostic, et se basera : nullement sur la pa-
« thogénie, un peu sur l'étiologie à peu près uniquement
« sur l'évolution des symptômes marquant une aggrava-
« tion.

« En l'absence de symptômes locaux (cholécystite
« suppurée par exemple), on doit se baser surtout sur les
« signes généraux ; et celui qui nous paraît avoir le plus de
« valeur en ce sens est la *leucocytose progressive.* Dans ce
« cas, l'intervention nous paraît formellement indiquée, à
« condition qu'il n'existe pas une rétention d'urée dans le
« sang, responsable du mauvais état général. »

IV. — ICTERES HEMOLYTIQUES

Les ictères hémolytiques s'opposent très nettement aux ictères hépato-biliaires. A vrai dire de tels ictères sont très proches parents des *anémies* et ont beaucoup plus de rapports avec les anémies qu'avec les autres ictères dont nous nous sommes déjà occupé ; c'est donc uniquement pour être complet, et pour ne laisser aucun ictère, quel qu'il soit, en dehors de cette étude, que nous les envisageons dans notre travail.

Peut-il exister un traitement chirurgical des ictères hémolytiques ? Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas d'interventions sur les voies biliaires ; la seule opération en cause est la *splénectomie.*

La splénectomie peut-elle être de quelque utilité dans le traitement des ictères hémolytiques ? Nous envisageons la question : en théorie, et d'après les faits.

A) Théoriquement, la pathogénie des ictères hémolytiques permet-elle de comprendre l'utilité de la splénectomie ?

La splénomégalie, qui est à peu près constante, peut être interprétée de deux façons :

1) ou bien la rate n'a qu'un rôle secondaire d'emmagasinement, et se borne à recevoir les hématies déjà malades ou rendues fragiles par une autre cause.

2) ou bien on peut imaginer un rôle actif et primitif de la rate et penser que la fonction hémolytique normale de la rate s'exaltant dans l'hypersplénie, les hématies normales elles-mêmes pourraient alors être détruites ou fragilisées.

Dans ce second cas, si la rate provoque initialement l'hémolyse, la splénectomie paraît indiquée pour enrayer la déglobulisation et l'ictère qui en est la conséquence.

Or, rien ne permet encore de choisir entre ces deux théories de façon absolue La conclusion la plus prudente s'impose donc : en attendant que les observations ou les expériences aient résolu cette question de pathogénie, ce n'est pas sur cette pathogénie douteuse que l'on peut se baser pour résoudre *a priori* cette question de l'indication de la splénectomie dans les ictères hémolytiques ; il faut la résoudre, provisoirement tout au moins, d'après les résultats obtenus après splénectomie. C'est sur le seul examen de ceux-ci qu'on peut pour le moment s'appuyer.

B) Les faits. — Or, les faits en pareille matière commencent juste à se multiplier, et au moment où nous écrivions

notre travail (1913-1914), la splénectomie avait été faite environ dans une cinquantaine de cas d'ictères hémolytiques.

Nous énumérons tous ces faits (Banti, Umber, Micheli, Roth, Antonelli, Klemperer, Huber, Essex Winter, Kahn, D'Espine, Sutherland et Burgard, Eppinger et Ranzi, Exner, Descastello, Politzer, Banti, Fiori, Mosse, etc.), avec les indications permettant de les retrouver intégralement, et en donnant pour les plus instructifs d'entre eux l'observation complète avec les examens de sang.

Nous formulons les *conclusions* suivantes : « Il faut élimi-« ner du traitement par la splénectomie les ictères hémoly-« tiques *aigus*, passagers, tels qu'on en observe au cours des « maladies infectieuses ; la question de l'opération ne s'est « jamais posée dans ces conditions.

« Pour les ictères hémolytiques *chroniques*, *avec grosse* « *rate*, surtout si celle ci a précédé l'ictère, les seuls faits « publiés montrent qu'en cas d'échec du traitement médical « prolongé, l'intervention par splénectomie peut donner des « succès, et qu'il faut donc en appeler du sévère « Noli me « tangere » appliqué à ces ictères par M. Chauffard.

« Cette conclusion n'est que la simple traduction des « faits ; il est impossible actuellement d'en formuler d'au-« tres ».

APPENDICE

A la fin de notre travail, estimant que pour juger complètement des indications chirurgicales auxquelles peut donner lieu un ictère, il est nécessaire d'avoir quelque idée de la gravité des différentes opérations qui peuvent être pratiquées en pareil cas, nous terminons par les principales *statistiques opératoires* intégrales publiées.

Les unes ont paru avant 1908 ; nous les indiquons seulement, car elles sont reproduites dans le Rapport de Gosset au Congrès de Chirurgie (1908) et dans la thèse de Cotte (1908). Nous donnons au contraire celles parues depuis 1908 jusqu'à 1914 : Kehr, Gosset, Finkelstein, Borelius (de Lund) N. Pans (de Christiania), Heindenhain (de Worms).

II

PUBLICATIONS ET TRAVAUX DIVERS

1. — ***Tuberculose du sac herniaire*** — (*Société d'Anatomie de Bordeaux, 7 juin 1909*). — Il s'agit d'une hernie inguinale opérée chez un enfant de quatre ans, et dont l'intérêt consiste en une tumeur du volume d'une noix située à la face interne du sac. Le seul aspect de cette tumeur, avec quelques granulations alentour, fit soupçonner, avant tout examen histologique, qu'il s'agissait de tuberculose herniaire (Cotte, in Revue de Gyn. et chir. abd. 1906, en rapportait alors 136 cas publiés).

La tuberculose du sac seul est à peu près spéciale à l'enfant. Chez l'adulte on relève surtout des lésions de l'intestin et de l'épiploon.

Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est d'abord la forme anatomique de tumeur limitée sous laquelle il se présentait, alors que le plus souvent la tuberculose du sac est diffuse; c'est d'autre part, l'absence, au moins clinique, chez cet enfant, de tuberculose péritonéale ou génitale qui seule a permis le diagnostic dans la plupart des observations.

Pulmonairement notre malade présentait un peu de bronchite sans localisation aux sommets; à noter dans ses antécédents la rougeole et la coqueluche.

2. — *Kystes dermoïdes de la queue du sourcil.* — *Société d'anatomie de Bordeaux, 5 juillet 1909).* — Présentation de préparations histologiques concernant deux cas de kystes dermoïdes de la queue du sourcil, enlevés l'un chez un garçon de huit mois, l'autre chez une fillette de 10 ans. Les deux kystes siégeaient profondément sous les muscles; l'un présentait un pédicule qui le rattachait au périoste; l'autre n'avait aucune connexion osseuse et se prolongeait en bissac jusque dans l'orbite.

3. — *Récidive de kystes du cordon.* — *Société d'Anatomie de Bordeaux, 12 juillet 1909).* — Dans cette observation, il s'agissait d'un kyste du cordon chez un malade déjà opéré d'un kyste semblable, qui avait été enlevé, du même côté.

Nous insistons sur l'intérêt qu'il peut y avoir, quand on opère un kyste du cordon, à ne pas seulement enlever le kyste, mais aussi à poursuivre autant que possible, pour en faire l'exérèse, le diverticule d'origine péritonéale susceptible d'en donner d'autres.

4. — *Kyste hydatique du foie. Abcès du poumon. Péricardite suppurée.* — (*Soc. d'Anatomie de Bordeaux, 4 déc. 1911).* — (Avec M. P. Mauriac). — Présentation de pièces d'autopsie, provenant d'un homme entré à l'hôpital dans un état lamentable ayant entraîné sa mort le lendemain de son arrivée, qui était porteur d'une tumeur épigastrique, et qui avait eu dans son passé trois crises d'ictère.

Il existait dans le lobe gauche du foie un kyste hydatique avec de multiples vésicules et un contenu clair, adhérent à

la petite courbure de l'estomac et au pylore. Le péricarde est épaissi considérablement à l'ouverture; ses deux faces pariétale et viscérale, sont recouvertes de fausses membranes et sa cavité est remplie d'un liquide purulent. La cavité péricardique, nullement cloisonnée, communiquait à sa partie supérieure avec une poche purulente creusée dans le bord antérieur du poumon gauche, en plein parenchyme pulmonaire. Par ailleurs les tissus pulmonaire et bronchique étaient sains.

Des examens du pus montrèrent quelques rares éléments microbiens, mais nous ne pûmes pas déceler de crochets d'échinocoques. Chez cet homme, on ne trouvait cependant aucune autre étiologie que le kyste hydatique. Malheureusement, non seulement les crochets manquaient à l'examen, mais encore des coupes faites nombreuses dans la paroi de la caverne pulmonaire et du péricarde ne nous ont pas permis de mettre en évidence la membrane hydatique, ni de révéler de stratification nette.

En somme, bien que ces résultats négatifs ne puissent suffire à écarter définitivement l'hypothèse de kystes hydatiques suppurés, le microscope ne put pas nous donner la preuve que nous espérions d'une échinococcose multiple du poumon et du péricarde coexistant avec le kyste hydatique du foie.

*5. — **Rétraction bilatérale de l'aponévrose palmaire chez un tuberculeux**. (Société d'Anatomie de Bordeaux, 29 janvier 1912).* — Le malade présenté était porteur aux deux mains d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, marquée surtout au niveau des deux derniers doigts, spécialement de l'annulaire.

Cette rétraction bilatérale, survenue spontanément, avait évolué avec lenteur depuis huit ans ; elle coexistait avec de la camptodactylie, de la déformation hippocratique des doigts, et une sorte de sclérose du tissu cellulaire faisant qu'au niveau des doigts atteints la peau est comme collée au squelette sous-jacent. D'autre part, cet homme tousse, a maigri, transpire la nuit ; au sommet gauche on trouve des lésions discrètes caractérisées par de la disparition du murmure vésiculaire et par des frottements. L'intra dermo-réaction est positive, et l'examen des crachats montre des bacilles de Koch.

L'intérêt de ce cas consiste en ce qu'il reproduit fidèlement le type des malades sur lesquels s'est appuyé Poncet pour édifier sa théorie de l'origine tuberculeuse de la maladie de Dupuytren, savoir : rétraction de l'aponévrose palmaire spontanée, bilatérale, à évolution lente, le tout chez un tuberculeux.

Ce cas s'oppose donc à certaines observations de rétraction de l'aponévrose palmaire dans lesquelles (Barthélemy, *Soc. de Méd. de Nancy*, 13 déc. 1911) à la suite d'un traumatisme des deux derniers doigts ayant longuement suppuré, s'installe une rétraction de l'aponévrose palmaire, à évolution rapide, restant localisée au côté du traumatisme, et qui s'explique par une névrite traumatique ascendante du cubital.

6. — ***Dextrocardie consécutive à une pleurésie droite.*** — Avec M. Emile Bitot). (*Société Anatomo-clinique de Bordeaux, 22 juillet 1912*).

7\. — **Névralgie faciale et acromégalie au début.** — (Avec MM. Bitot et Spéder). — (*Société Anatomo-clinique de Bordeaux, 22 juillet 1912*). — Nous présentons une femme de 39 ans atteinte depuis quatre ans d'une névralgie classique trijumeau du côté droit. Aucune cause périphérique de la névralgie n'a pu être décelée, l'examen oto-rhinologique a été négatif ; les injections d'alcool et l'extraction des dents du côté malade n'ont donné aucun résultat.

Comme cette femme a vu se développer depuis trois ans un prognathisme très marqué, et que la radiographie montre une grosse hyperthrophie de la branche horizontale du maxillaire inférieur, hypertrophie qui n'existait pas autrefois, nous attirons l'attention sur la possibilité d'une *tumeur de l'hypophyse.*

En plus du début net d'acromégalie, on constate ce qui suit : il n'existe pas de syndrome adiposo-génital, pas de glycosurie, pas de signes d'hypertension intra-crânienne. Mais la vue a considérablement baissé, surtout à droite (pas de stase papillaire) ; la pression est basse (5 minima et 9 1/2 maxima au Pachon) ; enfin la radiographie donne les renseignements suivants : élargissement de la selle turcique, destruction des apophyses clinoïdes postérieures et de la lame quadrilatère, légères augmentations des sinus de la face, inégalités marquées d'épaisseur de la paroi crânienne.

En présence d'une telle malade nous croyons intéressant, sans pouvoir rien affirmer, de songer à la possibilité d'une tumeur de l'hypophyse ; et étant donné l'échec absolu de tous les traitements suivis jusqu'ici nous avons proposé à la malade une intervention chirurgicale qu'elle accepte.

*8. — **Les hématémèses par artério-sclérose gastrique.*** — (avec M. Emile Bitot). — (*Gazette hebdomadaire des Soc. méd. de Bordeaux, 21 juillet 1912*). — A propos d'une observation personnelle d'un malade âgé de soixante ans, présentant des hématémèses répétées, ayant subi une intervention chirurgicale : gastro-entérostomie qui n'avait rien montré de précis, et dont l'autopsie montra des lésions d'artério-sclérose en particulier au niveau des vaisseaux coronaires stomachiques, sans nulle trace d'ulcère ni de cancer, nous recherchons quel peut être parfois le rôle de l'artério-sclérose dans la production des hématémèses. Il reste évidemment fort restreint. Nous avons retrouvé 13 observations dans lesquelles les constatations nécropsiques ont abouti à ce diagnostic (Gallard, Sachs, Lépine et Bret, Luys, Lancaster, Josserand, Péhu, Marckwald, Tripier, Hirschfeld, Widal et Boidin, Lévrime, Vergely).

*9. — **Deux cas de tumeurs des centres nerveux*** (avec M. Emile Bitot). — (*Journal de médecine de Bordeaux, 4 août 1912*). A propos de deux observations personnelles, l'une de fibromyxome des méninges cervicales comprimant la moelle, l'autre de tumeur encapsulée de l'angle ponto-cérébelleux que le microscope montra être tuberculeux, nous étudions la valeur des symptômes de localisation qui peuvent permettre l'intervention chirurgicale, et nous indiquons les résultats obtenus jusqu'ici par cette chirurgie.

*10. — **Cancer de l'œsophage avec cancer secondaire du péricarde et du cœur*** (avec M. P. Mauriac) — *Société d'anatomie de Bordeaux, 2 décembre 1912*). Présentation de pièces d'autop-

sie provenant d'un homme mort de cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Le point intéressant est la participation du péricarde et du myocarde au processus néoplasique. Un liquide assez abondant s'échappe à l'ouverture du péricarde qui est épaissi et présente par place des noyaux indurés faisant saillie surtout dans la partie gauche de la séreuse. Le péricarde épaissi forme avec l'oreillette gauche une masse qui comble le sillon auriculo-ventriculaire. L'examen microscopique montre que les noyaux épithéliaux pénètrent la paroi auriculaire en suivant le tissu conjonctif ; les vaisseaux présentent des bourgeons néoplasiques ; de même les gaînes lymphatiques des nerfs sont infiltrées ; mais en aucun point le néoplasme ne paraît avoir pénétré les faisceaux musculaires, il les dissocie, les étouffe sans les envahir.

Cette présentation a été faite à cause de l'envahissement du myocarde par la tumeur, ce qui constitue une rareté pathologique.

*13. — **Kyste du canal thyréo-glosse.*** (Avec M. le Professeur F. Villar). — *Société Anatomo-clinique de Bordeaux, 29 juin 1914*) — Jeune fille de quinze ans, qui présentait depuis quatre mois, dans la région sus-hyoïdienne, une tumeur du volume d'un œuf, ne déterminant du reste aucun trouble fonctionnel. La tumeur lisse encapsulée, sans adhérence à la peau, régulière, rénitente, ne tenait ni au maxillaire ni à l'os hyoïde ; elle se mobilisait avec les mouvements de déglutition qu'elle suivait de façon évidente. Dans la bouche, elle soulevait toute la base de la langue.

Les kystes du canal thyréo-glosse ne sont pas une rareté, mais ceux que l'on observe communément siègent un

peu plus bas : ce sont les kystes péri-hyoïdiens ou même thyro-hyoïdiens, développés aux dépens du segment inférieur du conduit ; les kystes développés aux dépens du segment supérieur sont un peu plus rares. La situation un peu latérale de la tumeur s'explique parfaitement par les données anatomiques et embryologiques qui nous apprennent que neuf fois sur dix le canal thyréo-glosse, dans son segment supérieur, n'est pas unique, mais présente au contraire des diverticules et des trajets secondaires plus ou moins latéralisés. Enfin nous notons, fait du reste bien connu, l'influence de la puberté sur le développement de cette tumeur congénitale qui est apparue au moment des premières règles de la malade.

*14. — **Kyste dentifère du maxillaire inférieur**.* (Avec M. le Professeur F. Villar). (*Société Anatomo-clinique de Bordeaux, 29 juin 1914*). — Nous présentons la radiographie et la pièce opératoire d'un homme de 63 ans opéré quelques jours avant d'une petite tumeur du maxillaire inférieur.

Cette tumeur, du volume d'une noisette, apparue trois mois avant l'arrivée du malade à l'hôpital, siégeait à la partie postérieure de la branche horizontale, face externe, du côté gauche. Elle avait augmenté de volume sans déterminer ni douleurs ni hémorragies. Le malade disait avoir eu autrefois toutes ses dents, même sa dent de sagesse, du côté atteint. La tumeur régulière, dure, mais un peu élastique, faisait corps avec l'os. Le diagnostic clinique porté avait été celui de kyste d'origine dentaire, peut-être avec une dent à l'intérieur. La radiographie montrait une cavité à peu près régulière à l'intérieur de laquelle on voyait une

dent assez déformée verticalement placée. L'opération confirma ces données.

En présentant ce cas, nous faisons remarquer que notre malade offre deux particularités, son kyste siège au maxillaire inférieur, d'autre part ces kystes dentifères surviennent généralement pendant l'évolution de la seconde dentition,et l'on cite à titre de rareté dans les traités classiques le cas de Duplay, concernant un malade de soixante-huit ans ; le nôtre en avait soixante-trois.

Enfin, au point de vue théorique, nous pensons qu'on peut concevoir pour un kyste la possibilité d'être dentifère de deux façons : ou bien, en s'accroissant, il s'incorpore peu à peu une dent ou une ébauche dentaire située à son voisinage ; ou bien, véritable tumeur mixte développée aux dépens d'un germe paradentaire, il renferme dans sa paroi les éléments nécessaires pour produire lui-même une dent plus ou moins complète. C'est ce second mécanisme qui devrait être invoqué dans ce cas, s'il est vrai que notre homme ait déjà eu toutes ses dents, y compris sa dent de sagesse ; mais une telle question ne peut pas avec certitude être résolue sur la seule affirmation du malade.

*15. — **Deux cas de torsion du cordon spermatique.*** — (*Journal de Médecine de Bordeaux, 25 octobre 1919*). Dans ce travail nous rapportons deux cas personnels de torsion du cordon spermatique, où nous pûmes faire le diagnostic avant l'opération, alors que les malades étaient envoyés pour orchite aiguë ou hernie étranglée.

Le premier cas a trait à une torsion du cordon spermatique d'un testicule descendu dans les bourses, et en place

depuis plusieurs années, après avoir néanmoins été ectopique dans l'enfance. Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans envoyé à l'hopital dix jours après le début des accidents avec le diagnostic d'orchi-épididymite aiguë. Antérieurement et à plusieurs reprises le sujet avait présenté au niveau de son testicule, depuis qu'il était descendu dans les bourses c'est-à-dire depuis l'âge de 15 ans, des crises douloureuses avec phénomènes réflexes abdominaux qui étaient certainement des torsions légères. A l'opération le groupe épididymo-testiculaire apparut sous forme d'une masse violet noir, ayant absolument l'aspect d'un caillot. Devant cette constatation et comme les accidents dataient de huit jours, nous fîmes la castration. Guérison sans complications.

Dans le second cas il s'agit d'une torsion du cordon spermatique d'un testicule en ectopie inguinale chez un enfant de 10 ans. Je vis le malade trois jours après le début des accidents qui avaient été étiquetés « hernie étranglée ». Bien que le testicule apparût complètement infarcté, je détordis le cordon, le disséquai haut dans le sac pour l'abaisser puis le fixai au fond du scrotum. Mais je dus pratiquer quatre jours plus tard, une castration secondaire, la glande étant en pleine suppuration : Guérison.

Dans les deux cas, il s'agit de torsion intra-vaginale.

Nous insistons d'abord sur la *forme récidivante* dont notre première observation est un exemple. Elle est peut-être, du reste, plus fréquente qu'on ne l'a dit, la pédiculisation du testicule qui permet la torsion se prêtant admirablement à des accidents réitérés dont les moins marquants passent probablement souvent inaperçus.

Au point de vue *opératoire*, nous relevons que la suppu-

ration de la glande obligeant à une castration secondaire s'est produite dans les *deux tiers des cas* environ où on a essayé la conservation après détorsion. Pour que au lieu de la nécrobiose escomptée il se produise de la gangrène, il faut nécessairement qu'une infection intervienne. L'origine de celle-ci peut-être cherchée dans un état de septicémie atténnée (réalisation de l'expérience de Chauveau dans le bistournage des animaux en état de septicémie expérimentale) ; ou bien dans le liquide de la vaginale ; ou bien dans l'acte opératoire. Nous pensons que la plupart du temps c'est cette dernière origine qu'il faut incriminer. On sait en effet que l'asepsie opératoire la plus parfaite n'est pas absolue : sur des tissus normaux elle ne déterminera aucun accident ; mais quoi d'étonnant à ce que, avec la même asepsie,un testicule infarcté permette l'éclosion d'accidents infectieux qui ne surviendraient pas sur des organes sains. On conçoit par suite comment la reposition du testicule, après détorsion, pour peu que les accidents aient été sérieux ne pourra être que rarement tolérée.

16. — ***Un type rare de lésion du carpe : luxation du grand os en arrière du semi-lunaire et du scaphoïde, ce dernier attenant en totalité au radius. -- Intervention chirurgicale.*** — *Gazette des Hôpitaux, 13-15 avril 1920*). — Nous rapportons l'observation d'un jeune homme de 27 ans qui, à la suite d'une chute rude sur le poignet, datant d'un mois, présentait un poignet globuleux, « cloué » en hyperextension, et faisant songer à la lésion classique de luxation du grand os en arrière du lunaire, avec ou sans fracture du scaphoïde. Mais la radiographie montre — et l'opération le confirme — que l'extré-

mité osseuse proximale, en arrière de laquelle est luxé le grand os et le carpe, est constituée non seulement par le radius et le lunaire mais aussi par le scaphoïde tout entier, celui-ci étant resté en totalité attenant au radius.

Dans la lésion classique le radius, avec le lunaire y attaché, sont transposés en avant du reste du carpe qui est, si l'on veut, luxé en arrière d'eux. Le scaphoïde dans cette lésion ou bien est fracturé et alors son fragment supérieur suit le lunaire tandis que l'inférieur suit le grand os, ou bien est intact et suit en entier le grand os. Dans notre observation, au contraire, le scaphoïde a rompu tous ses moyens d'union avec le grand os et le trapèze et reste *en totalité* attenant au semi-lunaire et au radius, porté comme eux en position antérieure par rapport au reste du carpe.

Le Professeur Pierre Delbet, dans son rapport de 1908 à la Société de chirurgie, exposait ainsi la question : « Le scaphoïde est fixé d'une part au radius et au lunaire, d'autre part au grand os et au trapèze... Tantôt les ligaments radio et luno-scaphoïdiens se déchirent et le scaphoïde reste attenant au grand os et au trapèze ; tantôt le scaphoïde se fracture et la moitié supérieure reste fixée au radius et au lunaire, tandis que sa moitié inférieure reste adhérente au trapèze et au grand os ». Telles sont, en effet, les éventualités classiques. Puis il demandait : « Y a-t-il des cas où les moyens d'union du scaphoïde avec le trapèze et le grand os cèdent seuls, de telle sorte que l'os naviculaire reste en entier attenant au semi-lunaire et au radius ? Cette disposition est exceptionnelle. » — C'est un cas de ce genre que nous apportons. — Pierre Delbet indiquait à cette époque trois observations qui répondraient à ce type : une de Chase

et Codman, une de Humphray et Cerné, et une douteuse de Potel. Depuis, nous n'en avons pas retrouvé.

Mais, pour particulier et rare que soit ce déplacement, il ne faut probablement pas le considérer comme différant essentiellement du type classique. Que le scaphoïde reste en entier avec le grand os et le trapèze, ou qu'il se partage en deux fragments entraînés chacun en un sens différent, ou que (comme ici) il reste tout entier attaché au radius, ce ne sont que des effets différents d'un même mécanisme. Et dans notre cas particulier, le fait qu'il existe même sur le scaphoïde une fracture particlle, entamant sur sa face supéro-externe convexe la demi-épaisseur de l'os, montre combien ces différents cas sont proches les uns des autres ; que les ligaments unissant le scaphoïde au trapèze et au grand os aient résisté un peu plus longtemps, la fracture se complétait probablement et nous avions le type classique de la fracture du scaphoïde associée à la luxation du grand os. Le seul point intéressant que puisse peut-être révéler cette fracture incomplète du scaphoïde, c'est que, commençant ainsi sur la face supéro-externe de l'os, elle semble révéler une fracture par exagération de courbure et s'inscrirait donc en faveur du mécanisme de l'écrasement.

Au point de vue chirurgical, trouvant à l'intervention une telle lésion, nous avons commencé par enlever le semi-lunaire, essayant de conserver le scaphoïde : nous nous sommes alors aperçu qu'il gênait la réduction et les mouvements. Nous n'avons pas voulu enlever le scaphoïde en totalité, de peur d'avoir une fâcheuse inclinaison radiale de la main. Il ne nous restait plus que la ressource de compléter la fracture du scaphoïde, et, ainsi replacé dans les

conditions de la lésion classique, d'enlever son fragment supérieur avec le lunaire. C'est ce que nous fîmes, après avoir complété avec un étroit ciseau la fracture du scaphoïde. Guérison *per primam.* Le malade, à sa sortie, avait une amplitude de 40° dans les mouvements de son poignet, et il a pu reprendre, quoiqu'encore timidement, son métier d'ajusteur.

